

N.º de ID de cliente _____

Fecha de administración: _____

SUPLEMENTO DE COVID-19

AUTOADMINISTRADO POR EL CLIENTE O ADMINISTRADO POR EL PROFESIONAL CLÍNICO

1. **Desde marzo del 2020, ¿ha tenido síntomas relacionados con COVID-19, como tos, fiebre, falta de aliento o dificultad para respirar?**
 - Sí
 - No

2. **¿Se ha hecho la prueba de coronavirus?**
 - Sí
 - No → *Ir a P4*

3. **¿Cuál fue el resultado?**

Seleccione una opción.

 - Me han hecho la prueba y dio positiva (tuve/tengo coronavirus)
 - Me han hecho la prueba y dio negativa (no tuve coronavirus)
 - Me han hecho la prueba y no conozco el resultado

4. **Recibió una vacuna de coronavirus?**
 - Sí, he recibido una o dos vacunas
 - No